

**AUTORISATION POUR LES MINEURS NON ACCOMPAGNES DE LEURS  
PARENTS OU DE LEUR TUTEUR LEGAL**

Je soussigné(e), Monsieur, Madame : .....

En qualité de père / mère / tuteur légal \*

Autorise le Service de Santé Etudiante à :

- [ vacciner mon enfant contre (nom du vaccin) : .....
- [ réaliser un tubertest (IDR)

Nom et prénoms (de l'enfant) : .....

Date de naissance : .....

Fait à : .....

Le : .....

Signature du parent ou du tuteur légal :

Cette autorisation n'est valable que si elle est convenablement remplie et accompagnée de la photocopie de la pièce d'identité du parent signataire ou du tuteur légal.

(\*) veuillez rayer les mentions inutiles